FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

ACCIDENTES

DE LA

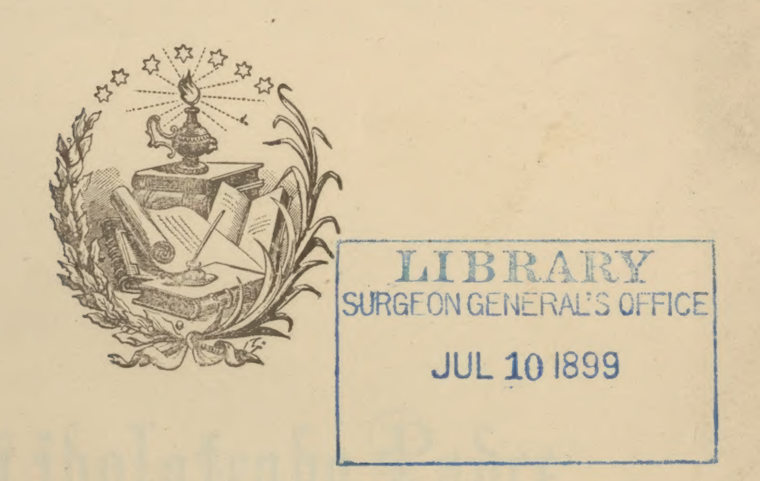
URETROTOMÍA INTERNA

ESTUDIO

QUE PARA EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUJIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA AL JURADO CALIFICADOR

ANTONIO MENDOZA Y VAZQUEZ

Alumno de la Escuela N. de Medicina, practicante de número
del Hospital de San Andrés, practicante del consultorio de la Beneficencia Pública
y miembro de la Sociedad Filoiátrica.



MEXICO.
Tip. Berrueco Hnos., calle de San Felipe Neri núm. 20½

1887

A la sagrada memoria de mi Madre.

A LA MEMORIA DE MI QUERIDO TIO

EL SEÑOR

Don Manuel Mendoza.

A mi idolatrado Padre

A LOS EMINENTES CIRUJANOS

DRES. RAFAEL LAVISTA

— Y —

Francisco de P. Chacon.

Débil tributo de gratitud por los numerosos favores que se han dignado dispensarme.

A MI ESTIMADO MAESTRO

DR. MANUEL DOMINGUEZ.

Respeto y gratitud.

AL DISTINGUIDO CLINICO

DR. DEMETRIO MEJIA.

Hónrome en dedicarle este insignificante trabajo.

INTRODUCCION:

DURANTE mi práctica en el Hospital de San Andrés, he tenido oportunidad de observar multitud de operados de uretrotomía interna, siguiendo paso á paso sus resultados. No sin sorpresa, he visto que esta operación, que al estudiarse en los libros, parece de las más benignas, viene acompañada muchas veces de accidentes de tal modo graves, que en ciertos casos se termina por la muerte.

La idea que he tenido al escribir sobre este asunto, ha sido la de reunir esos diversos accidentes, para que presentándolos en conjunto, atraigan la atención de los cirujanos, haciendo que se fijen en los

riesgos que puede correr el enfermo, y que conociendo estas complicaciones se las pueda evitar ó combatir con mejor éxito. Además, la uretrotomía, como toda operación, tiene sus indicaciones, y no porque haya un estrechamiento debe recurrirse inmediatamente á ella. Ante todo debe estudiarse lo mejor que se pueda al enfermo, fijándose especialmente en las enfermedades que tengan alguna relación con la estrechez; pues si tal enfermo que no tiene más que estrechamiento, se cura con la operación, á otro que tiene una complicación renal le causará la muerte. Por no fijarse ó no conocer estos detalles he visto, tanto en los hospitales como fuera de ellos, pasar momentos desagradables á algunos cirujanos.

Voy, en consecuencia, á ocuparme de estos accidentes, colocándolos por su órden de frecuencia.

Los accidentes consecutivos á la uretrotomia interna, pueden reducirse á dos:

La infección ó envenenamiento urinoso y

Las hemorragias.

Dividiremos este estudio en dos secciones: en la primera, nos ocuparemos de los orígenes de la infección urinosa, y en el segundo, de las hemorrágias y modo de contenerlas. Una tercera, se ocupará de un accidente no descrito por los autores: la retracción viciosa de la uretra producida por una cicatriz longitudinal extensa.

SECCION I.

De la infección urinosa.

La infección urinosa puede ser aguda ó crónica. Estudiaré solamente la primera por ser la que se engendra por la uretrotomía.

Muchas teorías se han imaginado para explicarla: la flebitis, la absorción, el choque nervioso, etc., más ó ménos satisfactorias, más ó ménos fundadas. Se deduce de ellas, que la infección puede producirse de dos modos, ó directamente abriendo una vía para la absorción, sea en la uretra ó en la vejiga, ó indirectamente por acción refleja suspendiendo la secreción renal.

§ 1º INFECCIÓN POR DESGARRADURA DE LA URETRA.

La uretra es muy frecuentemente desgarrada por las sondas muy delgadas que se introducen sin cuidado, sobre todo cuando hay estrechamiento valvular; pero lo que origina accidentes muy graves y aun mortales, es la introducción del conductor de Maisoneuve, sin candelilla; apénas se comprende que haya personas bastante atrevidas para prescindir de la paciencia que se necesita para lograr el paso de la candelilla. El cirujano al practicar la uretrotomía necesita de tanta paciencia como destreza. Muchas veces en la primera sesión no pasará la candelilla,

pero no por eso se deberá prescindir, y al fin, por muchos que sean los estrechamientos y por pequeño que sea el orificio que circunscriben, siempre se logrará pasarla; y esta opinión no es mia, autores de la categoría de Thompson la profesan como una máxima: *por donde sale la orina, por ahí puede pasar la candelilla.* Pasar el conductor sin ella, solo pueden permitírselo profesores como nuestro eminente cirujano el Sr. Dr. Lavista, con quien pocas personas pueden competir en ese ramo, y aun al mismo cirujano he visto vacilar, dudando si el conductor habia penetrado en la vejiga. Se trataba de un enfermo del Hospital de San Andrés; la uretra tenia una disposición excepcional; los estrechamientos múltiples y la trasformación en tejido conjuntivo de toda ella, le daban una dirección en *S* repetidas, siendo imposible, despues de muchas tentativas, la introducción de la candelilla. El enfermo estaba ya bajo la influencia de la infección y el paso de la orina sumamente difícil, hacía sufrir al enfermo horriblemente. En esta situación se decidió á operar sin candelilla; despues de un trabajo de hora y media, se logró que penetrara el conductor y luego el cuchillo, no sin doblarse muchas veces por la excesiva dureza del tejido inodular; á continuación se introdujo una sonda de grueso calibre y se puso una inyección de 250 gramos de agua; pero con gran sorpresa de todos, el agua se quedaba en la vejiga, y no obstante que se hacian presiones sobre ella, no salia ni una gota; entónces se puso otra inyección, igual resultado. Se temía haber hecho una falsa vía y que se estuviera derramando el agua en la cavidad peritoneal aunque por el tacto rectal parecía sentirse en la ve-

jiga. Se puso al enfermo en quietud y se esperó el resultado. Los síntomas de la infección continuaron por espacio de tres dias, al cabo de los cuales el enfermo sucumbió. En la autopsia se encontró una comunicación muy ámplia del riñón derecho con el intestino delgado: así se explica cómo por más agua que se puso no volviera por la sonda ni una gota.

Nuestro maestro no se habia equivocado; con su acostumbrada habilidad y tropezando con obstáculos infinitos, había logrado franquear todo el canal, y sin embargo él mismo, por un momento, temía haber hecho una falsa vía.

Un caso desgraciado he tenido ocasión de observar, hace algunos años, en la práctica civil. Un jóven de constitución robusta, entregado á los ejercicios del campo, gozando casi de buena salud, contrajo una estrechez. Las molestias que ésta le causaba carecian de importancia; pero decidió operarse por temor de lo que pudiera sobrevenirle. Dos cirujanos lo operaron, no usando la candelilla por no perder algun tiempo y por la seguridad que tenian de hacer pasar el conductor. Pasó el dia sin más accidente que una corta elevación de temperatura; en la noche, un violento calosfrio, calentura de 40°; al dia siguiente, algunas placas de infiltración en el perineo, se hicieron debridaciones, pero la infiltración ya estaba muy avanzada y el enfermo murió al cabo de pocos dias.

De estos hechos y otros análogos, debe concluirse que jamás debe introducirse el conductor sin la respectiva candelilla siempre que no se posea una habilidad suma para conducirlo al través de una uretra tortuosa.

Sin embargo, no es necesario que se produzca una falsa vía para que se manifieste la infección, basta muchas veces, la simple herida hecha por el uretrotomo, y esta infección se muestra por los mismos signos que en el caso anterior. A las pocas horas de la operación, regularmente ocho ó diez, se anuncia por un fuerte calosfrio seguido de una elevación de temperatura de 39° á 40°, despues un copioso sudor; este accidente es muy raro que falte, por mi parte lo he observado casi siempre en los operados del hospital y se puede decir que de 100 de ellos, 95 lo sufren. Regularmente no es de gravedad, pues dura uno ó más dias y el único inconveniente es la molestia que causa al enfermo; pero cuando se repite muchos dias seguidos, el enfermo se debilita sobremanera, el apetito se pierde y las funciones digestivas pueden comprometerse sériamente. Se ha querido evitar este accidente poniendo inmediatamente despues de la operación una sonda blanda á permanencia; pero esto es sustituir un accidente por otro. En primer lugar no se evita el paso de la orina por la herida, porque aquella pasa entre la sonda y el canal por capilaridad y permanece más tiempo en la superficie cruenta, que cuando sale sin sonda; desde luego nada se consigue. Por otra parte, la sonda obra como un cuerpo extraño en todo el canal, y si solo el paso de ella produce muchas veces fenómenos parecidos á los de la absorción como calosfrio, calentura, etc., la permanencia de ella tiene que provocar forzosamente mayores trastornos. Así su empleo viene á añadir todo esto á los accidentes consecutivos á la operación.

Mi maestro el Dr. Lavista, no es partidario de la

sonda á permanencia, y algunas veces que por vía de experimentación la ha usado, se ha visto obligado á renunciar á su empleo para librar al enfermo de tales accidentes.

Se ha creido suprimir este accidente pasando la sonda cada vez que el enfermo tiene necesidad de orinar; pero esto tiene inconvenientes y muy grandes; el operado se ve obligado á hacerlo con bastante frecuencia, y habría que pasarla seis ú ocho veces en las veinticuatro horas. Suponiendo que fuera posible, pues es muy difícil que el médico permanezca á la cabecera del enfermo todo el dia, el paciente no consentiría la repetición tan frecuente del cateterismo. Siendo la uretra tan sensible al estado normal, ¿cómo no lo será despues de un traumatismo como el de la uretrotomía? Si muchas veces sufren tanto cuando se pasa al dia siguiente, ¿cuánto no sufrirán si en el mismo dia se les pasa seis ó más veces? La práctica de uno de nuestros más notables maestros, el Sr. Chacón, nos parece la más adecuada en estos casos y es la siguiente:

Despues de la operación se deja al enfermo en perfecta tranquilidad, vigilando nada más si ocurre algun accidente sério, y hasta los ocho dias se le pasa la sonda de calibre normal. Con esta práctica, dice él, ha evitado casi siempre el accidente, siendo la elevación de temperatura corta ó muchas veces nula.

Este tratamiento, por desgracia, no siempre puede seguirse; hay veces, como en el catarro vesical agudo, en que se descompone mucho la orina y hay necesidad de lavar la vejiga dos ó tres veces al dia, y entónces no podría ponerse en práctica dicho tra-

tamiento; pero en los casos sencillos siempre debe usarse.

Como dije al principio, la infiltración tambien puede producirse directamente por la vejiga, este receptáculo al estado normal no absorbe la cantidad más insignificante de orina; pero que haya alguna erosión causada, ya por la descamación del epitelio, ya por un instrumento, absorbe inmediatamente este líquido eminentemente séptico produciendo efectos sumamente graves. Bien se comprende que siendo un receptáculo está siempre en contacto con cierta cantidad de orina, y por tanto la absorción en lugar de ser intermitente como en los casos anteriores, es contínua; de donde se originan accidentes más graves. Los instrumentos que se introducen en la vejiga, desgarran su epitelio con frecuencia, y ciertamente no es en la uretrotomía que este accidente sea más frecuente, sino sobre todo en la litotricia. En la uretrotomía solo por mero descuido ó por maniobras muy bruscas puede acontecer, pues no hay necesidad de introducir el instrumento muy adentro, basta cerciorarse que está en la vejiga por el tacto rectal y luego sacarlo un poco.

§ 2º INFECCIÓN INDIRECTA.

La infección urinosa puede producirse indirectamente suspendiéndose la secreción renal.

El modo de producción es diferente.

En el primer caso, la orina, encontrando una vía libre, se disemina en la sangre. En el segundo, la puerta de salida se cierra y la sangre es cargada de las materias de desecho que debian eliminarse por el riñon, viene á encontrarse en un caso análogo al

anterior, si bien más grave. En el primero, rara vez se produce la muerte; en el segundo, casi siempre; en aquel, presenta la economía los mismos síntomas que en los casos que se absorbe pus ó una materia séptica cualquiera: calosfrios, elevación de temperatura, sudores, etc.; el segundo, tiene los síntomas de un verdadero envenenamiento, la uremia; los fenómenos más raros, atacando unas veces el cerebro, otras el pulmón y siempre ó casi siempre mortal. Todos los casos que yo he visto se han terminado fatalmente.

¿De qué depende esto, y cómo se explica? En la corta práctica que tengo, he notado que siempre que estos accidentes han sobrevenido, han sido seguidos de la muerte. En la autopsia se ha comprobado una lesión renal muy avanzada; multitud de veces hemos encontrado la nefritis supurada, funcionando solo parte de un riñón y el otro reducido á una bolsa llena de putrílago. La lesión ha minado casi todo el riñón y no obstante permanece como en estado latente; pero que el más ligero traumatismo ataque la uretra ó la vejiga, entónces la pequeña parte que funcionaba se paraliza, tal vez por acción refleja, y los síntomas de la uremia unidos á los de la nefritis sobre aguda, se manifiestan con toda su fuerza y dan cuenta del enfermo en pocas horas. Para comprobar este modo de ver, citaré algunos casos.

La cama número 6 de la Sección de Cirujía Mayor, fué ocupada el 22 de Noviembre de 1883 por Meliton Diaz, de veintiocho años de edad, de constitución débil y enfermiza; refiere que hace cuatro años contrajo una blenorragia que le duró ocho meses; despues solo aparecía una gota blanca en las

mañanas pero sin sentir molestia alguna. Hace año y medio comenzó á notar que el chorro de la orina salía bastante delgado y torciéndose en tirabuzón, de lo cual no hizo gran aprecio. Diez dias há, á consecuencia de algunos excesos alcohólicos, le vino una retención de orina, terminando en una infiltración muy considerable, y entónces se decidió á venir al hospital. El dia 25 se le hicieron ámplias y profundas debridaciones en el escroto. En la parte inferior se encontró un foco del tamaño de una nuez lleno de orina muy descompuesta y pus, terminando en ella un trayecto fistuloso. Se le curó convenientemente y al cabo de quince dias, casi estaba cicatrizada la herida, quedando únicamente la fístula por donde salía la mayor parte de la orina. Se determinó hacer la uretrotomía interna; pero como pasa casi siempre en estos casos, se olvidó el exámen de la orina. Fué operado el 11 de Diciembre introduciéndose el conductor con bastante facilidad; pasó el dia en calma; el siguiente, 12, se pasó la sonda y se lavó la vejiga con agua fenicada; en la noche elevacion de temperatura á 39°, resequedad de la piel, orinas escasas y muy súcias, lengua saburral. El dia 13, el estado del enfermo es alarmante, la temperatura de la mañana es de 39°5 pero está muy abatido, se queja de un dolor en la región lombar, las orinas son más súcias y descompuestas; se ordena un purgante y lavatorios desinfectantes tres veces al dia; en la tarde, violento calosfrio, sube la columna termométrica á 40°, la ansiedad es terrible, el pulso late 140 veces por minuto, la respiración es fatigosa; á poco tiempo abatimiento de temperatura, el pulso disminuye de frecuencia y el enfermo

espira esa misma noche. El dia siguiente, temiendo la descomposición rápida del cadáver, se verifica la autopsia, encontrándose lo siguiente:

Uretra. En la región membranosa un estrechamiento considerable, en la parte superior del canal la herida hecha por el cuchillo sin tendencia á la cicatrización; mas hácia atrás la fístula llena de putrílago.

Vejiga. La mucosa degenerada, fungosa.

Uréteres. Estos órganos sumamente dilatados, sobre todo el derecho, como del grueso del dedo índice.

Riñones. El derecho, convertido en una bolsa llena de supuración; el izquierdo, hipertrofiado y con los caracteres de la pelvi-nefritis aguda, adherencias peritoneales y derrame abundante.

Pulmones. En el izquierdo, tres abcesos metastáticos. Cerebro al estado normal.

En este caso me parece encontrar perfectamente relacionada la muerte con la operación; si no directa, la produjo indirectamente. Indudablemente cuando el enfermo entró al hospital la pielo-nefritis estaba muy avanzada, permaneciendo en estado latente. Tal vez si se hubieran examinado las orinas, se hubieran descubierto en ellas los elementos del riñón que indicasen el peligro que había en operar.

No conociendo la afección renal, se expone el médico á convertir una enfermedad crónica, en aguda ó sobre aguda, que termina con la vida del enfermo; y el deber de aquel es, si no sanar, por lo ménos prolongar en cuanto sea posible la existencia del que se confía á sus cuidados.

En casos como este, la operación está formalmente contraindicada.

Hé aquí otro caso análogo ocurrido en la práctica civil.

X...... de treinta y tres años, natural de C***, vino á México á curarse una fístula perineal. Hacía seis años había tenido una blenorragia que había durado mucho tiempo, aunque no recordaba con precisión cuánto. A los dos años comenzó á sufrir fuertes catarros vesicales sumamente frecuentes y siempre acompañados de movimiento febril bastante acentuado. Aún recuerdo que un año ántes de venir á curarse, tuve ocasión de asistir á una exacerbación notable por su rapidez.

En la mañana de un domingo, hizo bastante ejercicio á pié y almorzó copiosamente alimentos fuertemente especiados. Repentinamente, á la una de la tarde, fué atacado de un violento calosfrio y luego una elevación de temperatura de 40° acompañada de sudores abundantes. Se hizo venir al médico con cuyo auxilio, á los 4 ó 5 dias estaba ya en estado de ocuparse de sus negocios.

Un año despues de estos accidentes, el estrechamiento aumentó, la cistitis se hizo mas molesta y en vista de sus sufrimientos se decidió á venir á la capital para curarse radicalmente.

Reconocida por el cirujano la estrechez, opinó que debía hacerse la uretrotomía, sin tener en cuenta el estado de los riñones. La operación se realizó el 12 de Febrero de 1883, al parecer con la mayor felicidad. Dos dias estuvo el enfermo relativamente bien; en la mañana se pasaba la sonda y se hacía un lavatorio alcalino á la vejiga; en la tarde había una elevación de temperatura de 38° Pero el dia 15 el termómetro subió á 40° sin haber indicio alguno

de infiltración; la orina salía perfectamente, un poco descompuesta solamente, lo que no explicaba la calentura que se estaba observando. Se pensó que podría tratarse de una intermitente y se instituyó el tratamiento por el sulfato de quinina, sin conseguir nada, no obstante las elevadas dósis que se prescribieron. En esta situación permaneció hasta el 17. El 18 por la mañana, al ver yo al enfermo, se quejó de tener dormido el brazo derecho, y examinándolo pude cerciorarme de que estaba completamente paralizado. Al momento fué llamado el médico, quien no hallando á qué atribuir aquel fenómeno, promovió una consulta. En todo se pensó, ménos en la infección urinosa; las gomas sifilíticas, las perniciosas, todo fué imaginado con razón ó sin ella, para explicar aquella parálisis; todos los tratamientos posibles se pusieron en práctica, pero el mal siguió progresando y los síntomas del envenenamiento por la urea fueron marcándose más y más y el paciente sucumbió el 21 en medio de los más crueles sufrimientos.

Casos de esta naturaleza se podrian citar á centenares y yo he tenido ocasión de ver muchos en el hospital; probablemente son ahí más frecuentes porque los enfermos que se acogen en estos asilos son portadores de lesiones muy avanzadas. Pero en la práctica civil se observan con bastante frecuencia y así no hay razon para considerar la operación como sencilla; al contrario, debe hacerse con perfecto conocimiento del terreno en que se opera, porque casos tan desgraciados como el que he relatado, en los que la autopsia es imposible, comprometen singularmente la reputación del cirujano.

SECCION II.

De las hemorrágias.

La infección urinoso es temible, en cuanto á sus consecuencias, para el enfermo; las hemorrágias lo son para el enfermo y para el cirujano. En aquellas la muerte es mediata; miéntras que en éstas, el peligro es inmediato, inminente. Este accidente, como todos aquellos que sobrevienen en el curso de una operación, atraen por lo ménos para los profanos, más responsabilidad al operador. Afortunadamente dicho accidente no ocurre con mucha frecuencia, casi siempre es de poca importancia la hemorrágia; pero otras es de tal naturaleza, que no hay medios suficientes para contenerla y el enfermo muere de síncope ó de agotamiento.

La hemorrágia que viene despues de la uretrotomía puede ser inmediata; pero en los casos en que la he observado ha sido de poca importancia. Más peligrosa es la que sobreviene al cabo de algunas horas, porque regularmente se olvida explorar de vez en cuando la parte enferma, y cuando el paciente nota que está desangrándose es porque ya la cantidad de sangre es de tal manera abundante, que su pérdida es irreparable.

Voy á referir algunos hechos que he tenido oportunidad de observar.

Un enfermo que ocupaba la cama 0/3 de la Sec-

ción de Cirujía que era á mi cargo, fué á curarse al hospital de una llamada por él espermatorrea. Examinado cuidadosamente, se reconoció que tenía en la región membranosa un estrechamiento de poca importancia; sin embargo, por vía de precaución se decidió hacer la uretrotomía interna. La operación se efectuó con facilidad, y terminada, hubo una pequeña cantidad de sangre; se pasó una sonda gruesa y se hizo una inyección de agua fria, con lo cual se contuvo. Esto pasaba á las once de la mañana; todo el dia estuvo bien, pero á las siete de la noche, notó el enfermero que en las sábanas escurría alguna sangre. Dió parte al practicante de guardia, y éste inmediatamente trató de contenerla poniendo las sondas más gruesas de que disponía. A las nueve de la noche, la sangre salía en abundancia, entónces se avisó al Sr. Lavista que fué inmediatamente, llevando consigo las sondas más gruesas de Béniqué, de las cuales se introdujeron las de mayor calibre; despues de dos horas se logró contener la sangre. Dos dias despues se le formó en el periñeo un abceso urinoso, lo que demuestra que en ese lugar se verificó la hemorrágia; había quedado muy debilitado y necesitó mes y medio para reparar la gran pérdida de glóbulos que había sufrido.

Un caso más grave que me refiere mi maestro el Sr. Chacón, que le pasó en su práctica civil. Fué llamado para asistir á un jóven afectado de un estrechamiento. Encontró perfectamente indicada la operación y con la prudencia que lo caracteriza, advirtió al enfermo que la operación, aunque comunmente sin riesgo, podría tener remotamente algun resultado funesto. La operación se verificó con

éxito y él se retiró dejando al enfermo tranquilo, recomendando á la familia el mayor cuidado, especialmente que si había la más pequeña cantidad de sangre, se le avisara inmediatamente. Poco tiempo despues de la operación se durmió el enfermo, y las personas que le cuidaban se retiraron dejándole solo. Al cabo de media hora ó más, álguien se acordó del operado y fué á verle; pero cuál no sería su sorpresa al encontrar la sangre corriendo por el pavimento, el colchón y sábanas empapados y el paciente atacado de un síncope. Se avisó inmediatamente al Sr. Chacón, quien logró contener la hemorrágia con una sonda gruesa. Pocos dias despues aparecieron en el perineo placas de infiltración extensas, lo cual unido al excesivo debilitamiento, dió fin al enfermo á pesar de los esfuerzos del Sr. Chacón.

***

Debe, por tanto, tenerse en cuenta este peligro para precaverse de él en cuanto sea posible y advertir su importancia á los interesados. Atendida á tiempo, puede contenerse y salvarse la vida con más ó ménos trabajo.

Respecto á los medios para contener la hemorrágia, se han recomendado muchos. Los únicos que dan resultado, son: la introducción de sondas gruesas, la ergotina al interior, así como el percloruro de fierro, y últimamente el Hidratis canadensis. No debe olvidarse que la introducción de la sonda gruesa combinada con el cambio de posisión suele contenerla.

SECCION III.

De la retracción de la uretra.

Réstame sólo hablar de un accidente que no he visto mencionado en ninguno de los autores que se ocupan de la uretrotomía interna: la retraccion de la uretra.

Un solo caso conozco de esta clase, y me fué referido por uno de nuestros más notables cirujanos.

Un jóven se presenta con una estrechez de la uretra, y el cirujano consultado le aconseja operarse. Se eligió el uretrotomo de Ottis, y probablemente el operador ignoraba el manejo de este instrumento, pues cortó la uretra en toda su longitud. Pocos meses despues, no sin sorpresa, notó que el pene, al entrar en ereccion, se encorvaba hácia la parte inferior casi hasta tocar el periñeo.

Lleno de sobresalto, ocurre al cirujano que lo habia operado y éste le contesta que con el tiempo mejoraría. Entónces recurrió á nuestro maestro que no encuentra qué partido tomar. Haciendo la palpación, encuentra que la uretra es un cordón fibroso del principio al fin.

Como se comprende, en caso semejante la curación es en extremo difícil ya que no imposible.

CONCLUSIONES.

1.ª No se debe emprender la uretrotomía interna sin prévio y minucioso exámen de la orina.

2.ª Siendo urgente practicarla y cerciorado por el exámen, de una complicación renal, no debe perdonarse el cirujano advertirlo al interesado ó su familia.

3.ª Debe tenerse en cuenta la posibilidad de una hemorrágia y sus peligros para atenderla oportunamente.

4.ª Al usar el uretrotomo de Ottis, ha de tenerse sumo cuidado para no herir tejidos sanos que darian por resultado la complicación remota pero posible, señalada en esta Memoria, relativa á la retracción del pene.

Antonio Mendoza y Vazquez.